

日本脳ドック学会認定施設 定期報告書(2018年)

記入年月日	20	年	月	日
-------	----	---	---	---

認定施設情報	認定番号	
	施設名	
	施設住所	
	〒	-
	電話	FAX
	Email	
	URL	
	窓口担当者氏名	
	Email	

脳ドックの施設 責任者	氏名	日本脳ドック学会会員歴	年
脳ドック実施に 関する責任医師	氏名	日本脳ドック学会会員歴	年

脳ドック 実施形態 <small>(あてはまるもの全てに チェック・その他は内容の 入力をお願いします)</small>	1.脳ドックとして単独で実施 2.人間ドックや他の健診のオプションとして実施 3.簡易型の脳検診として実施 4.その他()
--	---

脳ドックの MR 検査撮像情報	・頭部 MRI 撮像法 (あてはまるもの全てにチェック・その他の場合は内容をご記入下さい。) 1.T1 強調画像 2.T2 強調画像 3.FLAIR 画像 4.T2*強調画像 5.その他()
	・頭部 MRA 撮像法 (チェック・その他の場合は入力してください) 1.3D-TOF(time of flight)法 2.その他()

脳ドック画像 読影医師	氏 名	専 門 医 資 格 (選 択 し て く だ さ い)
		脳神経外科・ 神経内科・ 脳卒中・ 放射線科・()
		脳神経外科・ 神経内科・ 脳卒中・ 放射線科・()
		脳神経外科・ 神経内科・ 脳卒中・ 放射線科・()
		脳神経外科・ 神経内科・ 脳卒中・ 放射線科・()
		脳神経外科・ 神経内科・ 脳卒中・ 放射線科・()

1年間(2017年4月1日～2018年3月31日)の脳ドック実績	
脳ドックを実施した日数	日
脳ドック受診者数	人

脳ドックの検査結果の 通知方法	方針として行われている通知方法・対象者をお答え下さい。 (あてはまるもの全てにチェック・その他の場合は内容をご記入下さい。) 1.検査結果報告書の発行+面談
	面談対象者 a)受診者全員に行う b)面談希望者に行う c)有所見者に行う
	2.その他()

この1年で改善・変更された点がございましたらご記入ください。

日本脳ドック学会施設認定委員会へのご意見・ご要望がございましたらご記入ください。

2018年8月31日までにご提出ください。

【送信する】ボタンを押すと電子メールを利用して報告書を送信できます。

※ご利用の環境で**【送信する】**でのメール送信ができない場合は、
【入力内容を保存する】でファイルを保存の上、info@jbds.jpまで
ファイルを添付の上送信して下さい。

※メール送信が難しい環境の場合は、**【印刷する】**で回答を印刷の上
日本脳ドック学会 施設認定委員会 FAX 011-891-5100 までご送信下さい。



一般社団法人 日本脳ドック学会
〒004-0031 札幌市厚別区上野幌1条2丁目1-10
医療法人新さっぽろ脳神経外科病院内
TEL 011-891-2500 FAX 011-891-5100
(E-mail) info@jbds.jp
(URL) <http://jbds.jp/>